

Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка (ФИО ребенка полностью) \_\_\_\_\_  
учащегося \_\_\_\_\_ класса, школы \_\_\_\_\_  
в объединение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_ Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
Место рождения \_\_\_\_\_  
СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_ ИНН ребенка \_\_\_\_\_  
Свидетельство о рождении ребенка серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_ Дата выдачи свидетельства о рождении \_\_\_\_\_  
Полис обязательного медицинского страхования серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
сведения о заболеваниях \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
Родители:  
Мать (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
место работы, должность, рабочий телефон \_\_\_\_\_  
Отец (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
место работы, должность, рабочий телефон \_\_\_\_\_  
Классный руководитель \_\_\_\_\_  
Номер сертификата \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных

Дата \_\_\_\_\_

/подпись/

Директору МКУ ДО  
Центра дополнительного образования детей  
города Вятские Поляны Кировской области  
Евдокимовой О.С.

Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка (ФИО ребенка полностью) \_\_\_\_\_  
учащегося \_\_\_\_\_ класса, школы \_\_\_\_\_  
в объединение \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_ Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
Место рождения \_\_\_\_\_  
СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_ ИНН ребенка \_\_\_\_\_  
Свидетельство о рождении ребенка серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_ Дата выдачи свидетельства о рождении \_\_\_\_\_  
Полис обязательного медицинского страхования серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
сведения о заболеваниях \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
Родители:  
Мать (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
место работы, должность, рабочий телефон \_\_\_\_\_  
Отец (ФИО полностью) \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
место работы, должность, рабочий телефон \_\_\_\_\_  
Классный руководитель \_\_\_\_\_  
Номер сертификата \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных

Дата \_\_\_\_\_

/подпись/

